

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1924-1925. — N^o 111.

SIX ANS DE LUTTE ANTI-SYPHILITIQUE

A SAINT-ÉTIENNE

TECHNIQUE — RÉSULTATS — ACCIDENTS

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 juin 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ÉDOUARD GOUTEYRON

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE LYON
INTERNE SUPPLÉANT DES HÔPITAUX DE SAINT-ÉTIENNE

Né au Puy (Haute-Loire), le 28 août 1899

LE PUY

IMPRIMERIE PEYRILLER, ROUCHON ET GAMON

23, BOULEVARD CARNOT, 23

1925

SIX ANS DE LUTTE ANTI-SYPHILITIQUE
A SAINT-ETIENNE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1924-1925. — N^o 111.

SIX ANS DE LUTTE ANTI-SYPHILITIQUE

A SAINT-ÉTIENNE

TECHNIQUE — RÉSULTATS — ACCIDENTS

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 juin 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



PAR

ÉDOUARD GOUTEYRON

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE LYON
INTERNE SUPPLÉANT DES HÔPITAUX DE SAINT-ÉTIENNE

Né au Puy (Haute-Loire), le 28 août 1899

LE PUY

IMPRIMERIE PEYRILLER, ROUCHON ET GAMON

23, BOULEVARD CARNOT, 23

1925

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	MM. HUGOUNENQ
Doyen	J. LEPINE
Assesseur	ROQUE

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE, A. TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	{	MM. BARD
Cliniques chirurgicales.....		ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....		TIXIER
Clinique ophtalmologique.....		BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		COMMANDEUR
Clinique neurologique et psychiatrique.....		ROLLET
Clinique des maladies des enfants.....		NICOLAS
Clinique des maladies des femmes.....		LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....		MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires.....		VILLARD
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....		LANNOIS
Physique biologique, radiologie et physiothérapie.....		ROCHET
Chimie biologique et médicale.....		NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie.....		CLUZET
Matière médicale et Botanique.....		HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		MOREL
Anatomie.....		BRETIN.
Histologie.....		GUIART
Physiologie.....		LATARJET
Pathologie interne.....		POLICARD
Pathologie et Thérapeutique générales.....		DOYON
Anatomie pathologique.....		COLLET
Chirurgie opératoire.....		MOURIQUAND
Médecine expérimentale et comparée et Bactériolog.....		PAVIOT
Médecine légale.....		PATEL
Hygiène.....		ARLOING (F.)
Thérapeutique, Hydrologie et Climatologie.....		Etienne MARTIN
Pharmacologie.....		COURMONT (P.)
		PIC
		X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS
— Propédeutique de gynécolog.....	CONDAMIN
— Chimie minérale.....	BARRAL
— Urologie.....	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Orthopédie	MM. LAROYENNE
Puériculture et hygiène de la première enfance ...	CHATIN
Stomatologie.....	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	COTTE	CORDIER	MAZEL
THEVENOT (Léon)	DUROUX	ROUBIER	SANTY
GARIN	TRILLAT	FAVRE	DUNET
SAVY	SARVONAT	BONNET	CHALIER (André)
FROMENT	FLORENCE (G)	RHENTER	CHALIER (Joseph)
THEVENOT (Lucien)	ROCHAIX	LEULIER	NOEL
PIERY			CORDIER (Pierre)

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. NICOLAS, *Président*. M. SAVY, *Assesseur*.
MM. CORDIER et FAVRE, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE, A MON PÈRE

Bien faible témoignage de notre
profonde affection.

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

Dans les Hôpitaux de Lyon :

M. LE DOCTEUR LECLERC (in memoriam).

M. LE PROFESSEUR SAVY.

M. LE PROFESSEUR COLLET.

M. LE DOCTEUR VIGNARD.

M. LE DOCTEUR BONNET.

M. LE DOCTEUR DELORE.

M. LE DOCTEUR DESGOUTTES.

M. DE PROFESSEUR CORDIER.

Dans les Hôpitaux de Saint-Etienne :

M. LE DOCTEUR CROISIER.

M. LE DOCTEUR LAURENT

M. LE DOCTEUR MULLER.

M, LE DOCTEUR ARNAUD.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LAURENT

MÉDECIN DES HÔPITAUX DE SAINT-ÉTIENNE

Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et qui a bien voulu nous
guider de son expérience dans la
rédaction de ce travail.

MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS

**PROFESSEUR DE CLINIQUE SYPHILIGRAPHIQUE ET DERMATOLOGIQUE
A LA FACULTE DE MÉDECINE DE LYON**

Qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de notre jury de
thèse.

A MES JUGES

AVANT-PROPOS

Qu'il nous soit permis d'abord de remercier nos maîtres dans les hôpitaux de Saint-Etienne, M. le docteur Croizier dont la bienveillance et les sages conseils ne nous ont jamais fait défaut ; M. le docteur Müller dont l'enseignement au lit du malade restera pour nous toujours très précieux ; M. le docteur Laurent à qui nous devons le sujet de cette thèse et qui nous a fait bénéficier de son savoir et de son expérience pendant le semestre que nous avons passé dans son service.

A sa consultation du Pavillon d'urgence de même qu'à l'hôpital il a toujours su nous intéresser à la dermatologie et en particulier à la lutte anti-syphilitique à Saint-Etienne à laquelle il s'est attaché avec succès depuis plusieurs années.

Que tous nos maîtres dans les hôpitaux de Lyon et

de Saint-Etienne veuillent bien trouver ici l'expression de notre vive reconnaissance et de notre très fidèle souvenir.

INTRODUCTION

Après six années de lutte anti-syphilitique pratiquée à Saint-Etienne dans les services de dispensaire ou d'hôpital de M. Laurent, nous nous proposons de donner ici un véritable bilan des résultats obtenus.

Nous rappellerons tout d'abord le mode de fonctionnement du service de Vénérologie tel qu'il existe, non seulement à Saint-Etienne, mais aussi dans tout le département de la Loire.

Notre bilan veut avant tout être sincère et complet, aussi n'apportons-nous ici que l'ensemble des résultats observés et obtenus à Saint-Etienne même.

Nous envisagerons les principes de thérapeutique généraux de la syphilis tels qu'ils sont habituellement pratiqués.

Il est bien évident que nous ne pouvons donner une formule mathématique de thérapeutique et que bien souvent la clinique nous oblige à modifier les formules théoriques. Nous donnons également les résultats généraux obtenus ; ces résultats comprennent dans leur ensemble le rôle de la thérapeutique dans la diminution générale de la syphilis. Ils comprennent également les résultats de cette thérapeutique sur la mor-

tinatalité infantile. Ils comprennent enfin les résultats obtenus pour les individus, ceux-ci étant forcément incomplets du fait de la période relativement courte de nos observations.

A côté de tout cet ensemble de résultats brillants nous considérons comme un devoir d'énumérer fidèlement les accidents graves et même mortels que nous avons observés.

Ainsi conçu le bilan que nous apportons donne une impression aussi juste que possible de la thérapeutique de la syphilis par les novarsénobenzènes. Cette médication novarsénobenzénique (Billon-Corbière-Rhodarsan) constitue la base principale et le mercure, l'iodure de potassium et le bismuth ne sont intervenus qu'à titre d'adjuvants, lorsque les arsénobenzènes se montraient insuffisants ou n'étaient pas tolérés par les malades.

CHAPITRE PREMIER

A. — ORGANISATION GÉNÉRALE DE LA LUTTE ANTISYPHILITIQUE A SAINT-ETIENNE

Au lendemain de la guerre, la syphilis apparut aux yeux de tous comme un véritable fléau social.

L'État français comprit qu'il ne pouvait se désintéresser de la lutte antisypilitique et ne devait pas laisser disparaître les services antisypilitiques créés par l'autorité militaire au moment des hostilités. Il prit à sa charge tous les frais de la médication antivénérienne et quand il s'agit de novarsénobenzol les frais sont appréciables. Il fallait au surplus trouver des locaux. Ils le furent aisément. Les hospices civils faisant partie de l'Assistance publique accordèrent un asile aux consultations. Aidé encore par la municipalité de Saint-Etienne on put faire installer des salles d'examen parfaitement aménagées où des boxes de déshabillage donnent aux malades toute la discrétion qu'ils sont en droit de réclamer.

Des médecins compétents, que leur spécialisation fit choisir, furent placés à la tête des dispensaires et nous donnons plus loin quelques chiffres beaucoup plus instructifs que de longs discours.

Enfin l'Etat organisa dans les locaux des hospices de Saint-Etienne un laboratoire central de sérologie. Une allocation est donnée au chef de ce laboratoire. Une aide de laboratoire rétribuée en entretient le matériel. Il eût été préférable que chaque ville possédât son laboratoire, mais la chose ne fut pas possible.

Au contraire tous les sous-centres sont pourvus d'un microscope avec ultramicroscope et les frottis de chancre peuvent être faits avec la plus grande facilité sans avoir recours au laboratoire central de Saint-Etienne.

Actuellement six dispensaires, où les vénériens peuvent se faire soigner, fonctionnent dans le département.

L'organisation des locaux de consultations est très simple. Elle comporte deux salles d'attente. Les hommes et les femmes sont ainsi séparés. Cette simple précaution parut suffisante surtout dans les dispensaires ouverts dans les hôpitaux où sont reçues toutes les catégories de malades et où la porte d'entrée n'a de ce fait rien de révélateur. Les salles de consultations sont aussi vastes que possible, des boxes de déshabillage sont installés. Le matériel est celui que l'on rencontre partout où l'on fait des injections intraveineuses; seringues en verre nombreuses, bouilloires, eau fraîchement distillée etc.... Le personnel comprend une aide infirmière. A Saint-Etienne un interne, un assistant et une secrétaire assistent le docteur Laurent qui dirige le dispensaire.

Les consultations ont lieu deux fois par semaine dans cinq localités et trois fois par semaine à Saint-Etienne.

Il y a, dans tous les centres, au moins une consultation à 6 heures du soir après la sortie des ouvriers. L'expérience démontre que c'est à cette consultation que se présente le plus grand nombre de malades.

Chaque malade est inscrit sur une fiche sur laquelle le médecin tient un état complet du traitement, des accidents et ce traitement est complété par une courbe sérologique soigneusement tenue à jour. Les examens de liquide céphalorachidien sont faits dans les services hospitaliers. Tous les malades ont un carnet qui est un duplicatum de leur fiche. Fiche et carnet portent le même numéro. Le malade qui quitte le département emporte ainsi à son nouveau médecin un relevé complet de son observation. A la fin du carnet sont imprimées quelques feuilles où sont résumés les conseils classiques que l'on donne aux syphilitiques. Ils sont ainsi au courant des dangers de la syphilis pour eux et leur progéniture et éclairés sur la nécessité d'un traitement prolongé.

Avec cette organisation les médecins soignent de nombreux malades. Les consultations sont très fréquentées. Voici du reste les chiffres de 1920 à 1924.

SAINT-ETIENNE (Dr Laurent) :

Consultations données	30,656
Malades nouveaux	2,351
Injectons de novarsénobenzol	20,027
Séro-réactions de Wassermann	13,292

ROANNE (Dr Ninot) :

Consultations données	8,879
Malades nouveaux	520
Injectons de novarsénobenzol	7,806

MONTBRISON (D^r Moyroud) :

Consultations données.	2,429
Malades nouveaux.	557
Injections de novarsénobenzol	4,470

SAINT-CHAMOND (D^r Marconnet) :

Consultations données.	5,262
Malades nouveaux.	667
Injections de novarsénobenzol	4,268

FIRMINY (D^r Garnier) :

Consultations données.	2,861
Malades nouveaux.	700
Injections de novarsénobenzol	2,391

RIVE-DE-GIER (D^r Bardin) :

Consultations données.	2,812
Malades nouveaux.	2,570
Injections de novarsénobenzol	2,473

Ajoutons encore qu'une consultation a lieu chaque semaine à Saint-Etienne pour les femmes enceintes syphilitiques dont nous donnons un aperçu en 1922, 1923, 1924 :

Consultations données.	3,262
Malades nouveaux.	229
Injections de novarsénobenzol	2,221

On arrive ainsi, pour l'ensemble du département, à donner en 4 années 52,000 consultations et à faire plus de 30,000 injections intraveineuses de novarsénobenzol.

Ces chiffres seraient encore plus élevés si nous y contenions les malades hospitalisés. Ceux-ci sont

assez nombreux car nous faisons systématiquement entrer à l'hôpital les malades porteurs d'accidents contagieux. Le service d'hôpital devient ainsi un véritable lazaret. Le traitement ambulatoire est réservé aux malades qui ne sont plus porteurs d'accidents contagieux.

B. — PRINCIPES THÉRAPEUTIQUES GÉNÉRAUX

La médication la plus habituellement employée est la médication novarsénobenzénique. Nous désignons sous ce nom général les novarsénobenzènes communément appelés 914, qu'ils soient le novarsénobenzol Billon ou Corbière, ou encore le Rhodarsan.

Cette thérapeutique générale n'exclut pas les autres médications, mais pour la commodité des visites hebdomadaires elle est la plus employée. Le mercure, l'iode de potassium, le bismuth et même l'acétylsau (sauf chez les enfants) ne sont employés que comme adjuvants ou dans les cas d'intolérance ou d'inefficacité des novarsénobenzènes.

Nous sommes partisans des *doses fortes*, celles-ci ne sont pourtant atteintes que progressivement : les séries sont commencées à 0,15 centigrammes pour atteindre la dose de 0,90. Cette dernière dose est répétée trois ou quatre fois. La série entière comporte ainsi une dose moyenne de 6 à 8 grammes.

Il est bien évident que ces principes généraux sont

un peu schématiques et qu'ils se modifient avec chaque malade

Nous répétons, cinq semaines après cette première série, une série d'injections intraveineuses absolument semblable et nous laissons ensuite le malade deux mois et demi au repos. Plus tard nous nous laissons guider par la virulence de la maladie, par la tolérance plus ou moins grande au médicament, par la courbe sérologique. Il est bien rare que nous ne puissions la première année faire supporter quatre séries analogues. En cas d'intolérance nous avons recours à toute la gamme des thérapeutiques adjuvantes, mais nous avouons que nous l'employons assez rarement tant les novarsénobenzènes nous apparaissent comme la médication la plus efficace et la plus brillante dans ses résultats.

Nous employons constamment la voie intraveineuse et les quelques cas dans lesquels nous avons eu recours à la voie intramusculaire ou sous-cutanée ne nous ont pas encouragés à changer notre manière de faire.

En suivant ces principes généraux nous avons pu soigner 2,800 malades à qui nous avons fait le nombre impressionnant de 27,000 injections intraveineuses de novarsénobenzènes divers.

Il est bien évident que ces chiffres représentent un nombre peu élevé d'injections par individu. Nous faisons remarquer que l'élément étranger et l'élément ouvrier nous empêchent d'obtenir l'assiduité de nos malades. C'est à peine 20 0/0, exactement 19,6 0/0 de nos malades, qui sont restés sous notre contrôle pendant plus de trois ans. Les uns disparaissent après une ou

deux séries de traitement et les autres après une ou deux injections intraveineuses. Il y a dans cette inassiduité un gros élément d'inefficacité dans le traitement de la syphilis.

CHAPITRE II

RÉSULTATS GÉNÉRAUX DE LA THÉRAPEUTIQUE

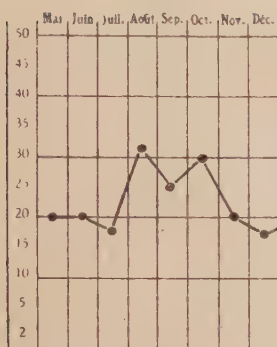
A. — Influence sur la fréquence de la syphilis à Saint-Étienne.

Il ne saurait être question d'attribuer à la seule organisation antivénérienne la diminution notable de la syphilis à Saint-Étienne. Il est bien évident que des causes morales entrent pour une grande part dans la dissémination de la maladie. Il est également évident que la population mobile du bassin de la Loire est un élément de syphilisation important. Il ne faut pas oublier que l'on trouve 15 0/0 d'étrangers dans notre service hospitalier et que l'afflux incessant des ouvriers de tous pays ne peut avoir qu'une influence désastreuse sur la dissémination de la syphilis.

A ces facteurs s'ajoute l'insuffisance particulière des services policiers : à Saint-Étienne, ville de près de 200.000 habitants, c'est à peine si le nombre des « femmes en carte » atteint 40, il y a quelque dérision dans ce chiffre qui est pourtant le plus élevé qu'on ait jamais connu. C'est dire que la prostitution clandestine fleurit chez nous plus que partout ailleurs.

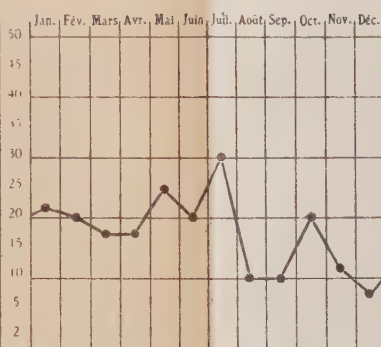
Malgré tous ces facteurs, auxquels s'en ajoutent bien

1919

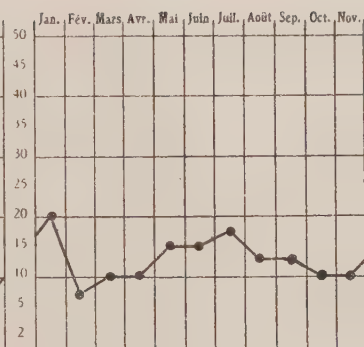


Nombre de cas de Syphilis récente 183
(8 MOIS)

1920



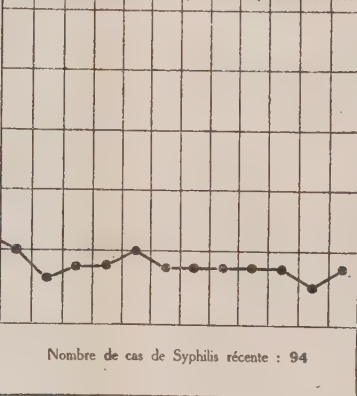
Nombre de cas de Syphilis récente : 214



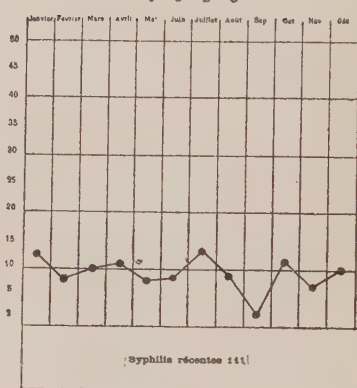
Nombre de cas de Syphilis récente : 155

1922

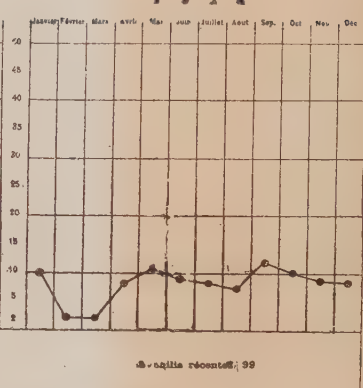
Jan., Fév., Mars, Avr., Mai, Juin, Juil., Août, Sep., Oct., Nov., Déc.



1 9 2 3



1 9 2 4



d'autres, nous avons vu diminuer d'une façon considérable la syphilis depuis 1919.

Il nous a semblé que le meilleur moyen de se rendre compte de cette diminution était de décompter soigneusement les syphilitiques récemment infectés.

Il est bien évident que l'on ne saurait faire entrer dans une statistique les accidents nerveux, cardiaques, et viscéraux qui la plupart du temps sont dus à une infection ancienne.

Le *tableau ci-joint* résume de façon parfaite la diminution de la syphilis à Saint-Etienne en donnant la courbe des cas de syphilis de contamination récente observés au dispensaire. Nous voyons qu'au mois d'août 1919 le sommet de la courbe est atteint avec 32 cas de syphilis récentes pendant ce seul mois. Depuis, la décroissance est régulière et la moyenne mensuelle se maintient depuis cinq ans autour du chiffre 10.

Nous faisons remarquer que nous n'assistons pas à Saint-Etienne à la recrudescence un peu partout signalée et sur laquelle M. le professeur Spillmann attirait récemment l'attention dans la région nancéenne (1).

Rappelons que cette diminution de la syphilis a été constatée par tous les médecins syphiligraphes de Saint-Etienne, par les médecins des grandes compagnies minières et les médecins militaires de la garnison.

(1) Réunion dermatologique de Nancy. Février 1925.

B. — Influence sur la natalité.

Une quatrième séance de consultation faite à Saint-Étienne par M. le docteur Dujol, accoucheur des hôpitaux, et M. le docteur Laurent, est chaque semaine réservée aux femmes enceintes syphilitiques et aux jeunes enfants hérédo-syphilitiques.

Le traitement est systématiquement pratiqué lorsque la syphilis est certaine ou même lorsque elle apparaît probable. Il s'agit de ces nombreux cas où la syphilis de la femme ne peut être affirmée sur des signes vraiment spécifiques et où la réaction de Wassermann et la réaction de Hecht sont négatives. Mais si l'étude des antécédents laisse supposer la possibilité d'une invasion par le tréponème (fausses couches multiples, expulsion de macérés, hydramnios, prématurité des enfants, mortalité infantile des premiers jours mal expliquée, mélena des nouveaux-nés, rapport placentaire supérieur au sixième, etc...), nous préférons pour l'ensemble de ces malades risquer de faire un traitement inutile plutôt que d'omettre un traitement nécessaire.

Nous faisons remarquer que les doses employées de novarsénobenzène sont aussi élevées que chez les autres malades. Nous n'avons jamais observé d'accidents sérieux chez les 66 femmes enceintes traitées et les résultats obtenus sont particulièrement brillants. Ils complètent fort heureusement les résultats signalés par M. le professeur Couvelaire à la clinique Baudelocque (1).

(1) *La Presse Médicale*, 19 novembre 1921.

**Nombre de femmes enceintes
mises en traitement : 66.**

Elles avaient dans tout leur passé avant le traitement :

Enfants vivants (en apparence sains).	27
Prématurés débiles	8
Enfants morts-nés.	41
Fœtus macérés.	23
Fausse-couches	44

Elles ont eu depuis leur traitement :

Enfants vivants (en apparence sains).	70
Morts-nés.	4
Macérés.	0
Fausse-couches	6

Ces chiffres montrent avec éloquence l'influence du traitement spécifique sur la mortinatalité.

Avant leur traitement les 66 femmes enceintes que nous avons soignées avaient eu 35 enfants vivants pour 88 morts, soit une mortalité de 71 0/0 environ.

Depuis leur traitement elles ont eu 70 enfants vivants pour 10 morts, soit une mortalité de 12 0/0 environ, donc considérablement diminuée.

De plus, l'étude des observations des enfants morts depuis le traitement nous apprend que dans deux cas la syphilis ne saurait être incriminée. L'un est mort pendant le travail pour une cause dystocique : il s'agissait d'une présentation du siège décomplété avec procidence du cordon ; le second au cours d'une présentation de l'épaule avec procidence du cordon ayant

nécessité la version. Un troisième enfant très chétif est mort quelques heures après une extraction césarienne. Le dernier est né d'une mère chargée d'un lourd passé spécifique, n'ayant suivi qu'un traitement irrégulier et n'ayant reçu pendant toute sa grossesse qu'une série incomplète de novarsénobenzol commencée au quatrième mois.

Les fausses-couches ont été également observées chez des femmes n'ayant eu qu'un traitement incomplet.

Nos résultats, complétant ceux déjà publiés en 1923 par MM. Dujol et Laurent dans le *Journal de Médecine* de Lyon et dans la thèse de Cochet-Balmey, nous permettent donc de conclure qu'un traitement régulièrement pratiqué pendant la grossesse donne à peu près sûrement un enfant vivant.

On voit donc le rôle important de la lutte antisiphilitique dans la question si angoissante de la dépopulation.

C. — RÉSULTATS POUR LES INDIVIDUS

1° Traitement prophylactique.

Nous avons eu l'occasion de pratiquer quinze fois un traitement prophylactique. MM. Lacapère et Laurent avaient insisté en 1921 sur l'efficacité de la méthode.

Elle n'a jamais été en défaut toutes les fois que nous y avons eu recours. Il s'agit la plupart du temps de ménages où le mari insouciant d'une ulcération de la verge a continué à avoir des rapports conjugaux. Dans

ces cas nous avons fait systématiquement à la femme quatre injections intraveineuses de novarsénobenzol avec des maxima de 0,60 centig. et nous n'avons jamais observé d'éclosion de la syphilis même lorsque la surveillance des femmes ainsi traitées a duré une année. Nous en concluons que toutes les fois que la contamination a été probable, car on ne peut jamais parler de certitude, il est bon de recourir au traitement prophylactique et l'on a ainsi une arme certaine, constamment efficace à notre avis, dans la lutte antisypilitique.

2° Traitement curatif.

On ne peut parler de guérison de la syphilis qu'avec une grande circonspection et les mécomptes de la « thérapia stérilisans magna » d'Ehrlich sont encore présents à toutes les mémoires. Néanmoins, si la plupart du temps on ne peut rien affirmer, nous pouvons par contre donner un petit nombre de réinfections certaines qui montrent avec évidence la curabilité possible de la syphilis.

OBSERVATIONS

Observation I.

Un cas de réinfection syphilitique indiscutable à 5 ans d'intervalle.

(Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, 8 janvier 1920).

M... B... 30 ans, vient consulter en janvier 1914, envoyé par son médecin avec le diagnostic de chancre syphilitique.

Le coït suspect a eu lieu un mois avant l'apparition du chancre. Celui-ci siège aujourd'hui dans le sillon balanopréputial. Il est apparu depuis vingt jours. Les bords sont nets, sans décollement; il existe deux gros ganglions indolores dans l'aîne en même temps qu'une lymphite dorsale de la verge. *De nombreux tréponèmes* sont mis en évidence dans le chancre par la méthode de Burri à l'encre de Chine.

Traitement. — On fait immédiatement une injection de 0,60 centig. de novarsénobenzol et malgré une réaction assez vive, on fait le 22 janvier une deuxième injection de 0,75 centig. Cette injection donne une forte élévation thermique et est suivie, le deuxième jour, d'un érythème toxique très prurigineux. Le chancre est cicatrisé et en raison de la mauvaise tolérance du novarsénobenzol on met le malade aux injections d'huile grise.

La guerre arrive et le malade se contente d'absorber des

pillules pendant deux années puis se fait faire sept injections de 914 à Salonique. Il ignore les doses injectées.

Après la guerre, en avril 1919, le malade revient consulter. Il n'a jamais eu d'accidents. Sa séroréaction est négative. On lui fait sur sa demande expresse cinq injections de novarsénobenzol de 0,30 à 0,90 centig.

Le 29 décembre 1919, il revient porteur de *chancres syphilitiques ulcéreux absolument typiques* siégeant, l'un sur le prépuce, apparu le 15 décembre, l'autre sur la lèvre inférieure. Celui-ci est apparu trois jours après le premier. Il ne s'accompagne d'aucune adénopathie ; tandis que l'on observe un gros ganglion dur indolore dans l'aîne gauche. Les deux chancres montrent dans leur exsudat de *très nombreux tréponèmes*. Le malade a eu les derniers temps des rapports avec trois femmes. L'une d'elles a des syphilides vulvaires. Les commémoratifs expliquent la bipolarité de la contagion.

On note que le deuxième chancre ne siège pas à la même place que celui observé en 1914. La présence de tréponèmes exclut l'hypothèse de syphilides tertiaires chancrifformes et la bipolarité est une constatation qui l'exclut encore.

Observation II.

(D^r Laurent).

B.. Hippolyte, 30 ans, présente en août 1922 un chancre syphilitique du fourreau avec polyadénopathie.

Des cautérisations antérieures empêchent de mettre en évidence les tréponèmes mais sa femme V.. Marie-Louise présente un chancre cicatrisé et une éruption de plaques muqueuses vulvaires avec leucomélanodermie cervicale.

Le malade reçoit en 1922 et 1923 trois séries d'injections intraveineuses de novarsénobenzol Corbière.

La réaction de Wassermann est constamment restée négative. En novembre 1924 B.. se remarie, sa première femme étant morte de tuberculose aigüe, avec une femme présen-

tant des accidents secondaires. Un mois après son mariage B. présente un chancre du sillon balanopréputial avec *tréponèmes*.

Il est immédiatement mis au traitement par les injections intraveineuses de Rhodarsan.

Observation III.

(D^r Laurent).

T., 22 ans, présente en mai 1922 un chancre cartilagineux du sillon balanopréputial s'accompagnant de polyadénopathie typique, de céphalées nocturnes et de Wassermann positif. Le malade reçoit trois séries d'injections intraveineuses de novarsénobenzol, puis ne suit plus aucun traitement. A noter que le Wassermann est resté négatif pendant plus d'une année et a été pratiqué tous les trois mois (juin 1922 à juin 1923).

En mars 1925 le malade se présente à nouveau à la consultation porteur d'un chancre induré de la verge avec adénopathie inguinale typique. Des cautérisations antérieures empêchent de trouver le tréponème.

Le Wassermann est positif et le chancre disparaît à la troisième injection de Rhodarsan.

Observation IV.

(D^r Laurent).

G., Pierre, 23 ans, a présenté en janvier 1919 un chancre syphilitique diagnostiqué à Nice.

En décembre 1919 il présente une roséole maculeuse généralisée et des plaques muqueuses de la bouche. Le Wassermann est positif en décembre 1919 et en mars 1920. Le malade reçoit de décembre 1919 à juin 1921 cinq séries d'injections intraveineuses de novarsénobenzol qui toutes se terminent par trois injections de 0,90 centig. et même de 1 gr.

Le Wassermann est négatif en décembre 1920, en mars 1921 et en novembre 1921.

En octobre 1922, le malade présente un chancre du sillon balanopréputial s'accompagnant de polyadénopathie typique apparu 25 jours après un coït suspect. L'examen microscopique du frottis décèle la *présence de tréponèmes*. Le Wassermann est de nouveau positif, le malade est remis au traitement pour cette seconde infection.

Ces quatre observations démontrent d'une façon indiscutable que le traitement peut donner une guérison complète puisqu'un nouveau chancre vient démontrer avec évidence la réinfection possible. Deux de ces observations démontrent que la guérison peut être complète même lorsque le traitement n'est commencé qu'à la période des accidents secondaires.

3° Silence prolongé de la syphilis.

Il est un grand nombre de cas, à côté de ceux dont la curabilité est certaine, pour lesquels on ne saurait parler de guérison, mais seulement de silence prolongé.

Il faut être très circonspect même en cette matière. Il est certain que la plupart de nos malades, même suivis pendant six années, ne présentent plus d'accidents. Naturellement nous ne pouvons compter comme définitivement guéris ceux que nous ne revoyons pas. Beaucoup disparaissent de notre champ d'observations, retournent dans leur pays ou quittent notre région et ne nous font pas savoir quelle est l'évolution de leur syphilis. Nous pouvons simplement dire que le nombre des récidives observées à notre dispensaire

est de 2,1 %. Ce chiffre est incontestablement inférieur à la réalité.

Parmi ces malades nous relevons un cas particulièrement troublant : c'est l'observation d'un syphilitique, qui, malgré un silence clinique de cinq ans et un silence sérologique de plus d'une année, a présenté une éclosion d'accidents secondaires sous forme de plaques ulcéreuses de la langue avec réapparition d'un Wassermann positif. Voici d'ailleurs son histoire clinique :

Observation V.

Réaction de Wassermann négative pendant plus d'une année et récidence d'accidents contagieux (D^r Laurent).

X... contracte en 1918 la syphilis au régiment. Il reçoit à cette époque, dès que le diagnostic fut établi, quelques injections intraveineuses et un assez grand nombre d'injections intra-musculaires. Nous ne pouvons avoir de plus grandes précisions quand le malade se présente en juin 1920 au dispensaire anti-syphilitique de Saint-Etienne.

Il n'est porteur d'aucun accident, mais la séoréaction est positive et le Wassermann classique donne H^o.

Le malade, sur ce simple résultat sérologique, et en raison des antécédents, est mis au traitement, malgré l'absence de netteté de l'histoire qu'il raconte sur les accidents antérieurs. Il reçoit six injections de novarsénobenzol intraveineux, soit quatre grammes, du 16 juin au 7 juillet 1920.

Il revient le 22 septembre 1920 ; la réaction de Wassermann est complètement négative. Le 19 janvier 1921 la séro-réaction est encore négative, mais en raison des doutes antérieurs on fait une nouvelle série de six injections de novarsénobenzol

du 24 janvier au 3 mars 1921, soit une dose de quatre grammes, 20 ctg.

Le 15 juin 1921.....	Wassermann négatif
Le 12 octobre.....	—
Le 15 février 1922..	—
Le 20 juin.....	—

Depuis le 22 septembre 1920 jusqu'au 20 juin 1922, le Wassermann type a toujours été négatif et il a été pratiqué six fois, soit en moyenne presque tous les trois mois.

En janvier 1923 le malade, qui n'avait plus reçu de traitement en raison de l'absence d'accidents, du manque de netteté des accidents de 1918 et en raison du Wassermann négatif, revient porteur de plaques muqueuses ulcéreuses de la langue et la réaction de Wassermann est redevenue positive.

Le traitement fait rapidement cicatriser les accidents ulcéreux.

Il est juste d'ajouter que pareil fait ne s'est jamais reproduit et que nous n'avons plus observé de nouveaux accidents après un silence sérologique d'une année, les réactions de Wassermann et de Hecht étant pratiquées tous les trois mois.

La plupart des récidives s'adressent à des malades irréguliers et indociles dans leur traitement. Rares sont les syphilitiques régulièrement traités qui présenterent dans la suite de nouveaux accidents : il s'agit d'ailleurs de cas où il faut mettre en œuvre toutes les armes antisyphilitiques. Nous signalerons à ce sujet l'observation d'un jeune polonais, qui, malgré une thérapeutique arsénicale, bismuthée et mercurielle, présenta trois fois dans la même année une éclosion d'accidents contagieux.

Notre expérience de six années de lutte antisyphili-

tique nous permet d'affirmer que l'on peut avec une grande constance empêcher l'apparition de récurrences. Un seul malade a présenté de nouveaux accidents après plus d'une année de silence sérologique. Dans tous les autres cas la négativité de la réaction de Wassermann pendant une année s'est accompagnée de silence clinique de la maladie.

Avec le traitement que nous avons l'habitude de pratiquer nous avons observé 2 % de récurrences. Les 2/3 de nos malades étaient insuffisamment traités. Dans les autres cas il s'agissait de syphilis particulièrement résistantes à l'arsenic et à tous les agents thérapeutiques employés.

Ces récurrences observées par nous et par d'autres après des silences cliniques prolongés ou après un silence sérologique de plus d'un an obligent encore à l'heure actuelle à se contenter des vieilles directives de Fournier : traitement prolongé et systématique pendant au moins quatre années.

Il faut sans doute être beaucoup moins rigoureux lorsque le traitement est commencé dès l'apparition du chancre avant les modifications humérales habituelles.

CHAPITRE III

ACCIDENTS OBSERVÉS

Nous serons très brefs sur les accidents bénins, bien que parfois particulièrement impressionnants dans leur brusquerie, que nous avons observés en six ans de lutte antisyphilitique.

Troubles gastro-intestinaux avec vomissements et diarrhée, gonflement de la face, état syncopal, éruptions, etc... ne nous ont pas été épargnés avec les 2800 malades que nous avons soignés et à qui nous avons fait 27.000 injections intra-veineuses.

Rarement ces accidents ont revêtu un caractère de gravité alarmant, ils nous ont seulement mis en garde pour la conduite à tenir dans le traitement futur.

Ces accidents et plus particulièrement les accidents congestifs immédiats constituant les crises nitritoides nous ont paru conditionnés par certaines séries médicamenteuses. M. Laurent a insisté en 1921 sur les séries défectueuses de novarsénobenzol avec lesquelles on observait de très fréquentes crises congestives immédiates.

A côté de ces cas, s'il nous a été donné d'observer trois cas d'érythrodermie exfoliante d'origine arsenicale dont l'une avec anurie inquiétante, nous faisons

remarquer que ces accidents ont tous été présentés par des malades traités par le service policier. Nous avons pu les suivre dans notre service hospitalier mais ils n'entrent pas dans le nombre des malades que nous avons personnellement soignés. Nous signalerons cependant que ces trois malades étaient des pensionnaires de maisons de tolérance et que l'alcoolisme était évident chez elles.

Nous ne reviendrons pas sur les cas d'ictères bénins ou même mortels, car il nous semble actuellement prouvé, malgré l'opinion de M. Millian, que la plupart de ces ictères sont d'origine toxique.

Rappelons simplement que ces ictères ont été particulièrement nombreux pendant la guerre et qu'au dispensaire antisyphilitique de St-Etienne 6 % des malades ont été atteints d'ictère.

Cette énorme proportion relevée dans les observations de M. Chevalier, médecin-chef de ce dispensaire, est brusquement tombée à 1% de 1919 à 1921. Depuis cette date nous n'avons observé que deux cas d'ictère. Il est vrai que l'un de ces cas a été particulièrement sérieux et s'est accompagné de névrite du bras droit d'origine arsenicale. Nous publions ci-après l'observation.

• Observation VI.

(Dr Laurent).

Obs. E. Pierre, 45 ans, ébéniste, vient nous consulter sur les conseils de son dentiste, le Dr Rousseau, pour une glossite ulcéreuse marginale de la langue avec leucoplasie.

Le malade n'a aucun souvenir d'une infection syphilitique

antérieure, mais les accidents dont il est porteur et une séro-réaction de Wasserman complètement positive imposent le diagnostic. Les différents organes ne montrent aucune lésion appréciable cliniquement, les réflexes sont normaux, le cœur régulier, la vue parfaite, les pupilles égales sans aucune modification des réflexes. Pas d'accidents hépatiques antérieurs, pas d'alcoolisme. Les urines sont limpides et ne renferment ni sucre, ni albumine. On conseille un traitement par le Rhodarsan en injections intra-veineuses.

Le 30 juillet 1924 on fait une injection de 30 centigrammes. Les suites en sont absolument normales.

Le 5 août 1924 on fait une deuxième injection de 45 centigrammes, le malade ne signale rien de particulier.

Le 11 août on fait une troisième injection de 60 centigrammes. Les suites en furent dramatiques.

A peine rentré chez lui le malade présente une crise nitroïde grave avec congestion de la face, constriction retrosternale, diarrhée profuse, vomissements. Des injections d'adrénaline ramènent un calme relatif.

Le 14 août apparition d'un ictère qui se fonce de plus en plus, les matières sont décolorées, l'inappétence complète, et en même temps s'installe un prurit féroce qui enlève tout repos. Les urines sont rares et chargées de pigments biliaires.

Le 17 août le malade ne peut plus bouger le bras droit. Il éprouve dans tout ce bras des douleurs terribles que rien ne peut calmer. Peu à peu les muscles deviennent douloureux à la moindre pression et les masses musculaires, surtout le deltoïde fondent avec une effrayante rapidité. Les mouvements du bras deviennent impossibles, le deltoïde ne peut absolument pas faire le moindre mouvement d'élévation du bras. On a l'impression d'une polynévrite occupant tout le bras droit, due certainement à une intoxication arsénicale.

Le 10 septembre 1924 il n'y a aucune amélioration. L'ictère est toujours aussi foncé, la dénutrition se poursuit et le malade a perdu dix kilogs de son poids normal.

L'état reste stationnaire du côté du bras jusqu'au 25 octobre

malgré les applications de courant continu et l'administration de strychnine.

Le 25 octobre soit trois mois après le début des accidents l'ictère diminue nettement, le prurit s'éteint et progressivement le malade reprend son appétit et regagne en un mois près de six kilogs.

Le 12 novembre, le bras a repris tous ses mouvements, il ne reste plus qu'un peu d'atrophie du deltoïde. Les urines sont normales.

En résumé ictère grave avec dénutrition très inquiétante pendant un mois accompagné de polynévrite du bras droit avec atrophie portant spécialement sur le deltoïde.

Les autres accidents sérieux que nous avons pu observer se réduisent à un cas de polynévrite chez un malade atteint de troubles tabétiques indiscutables, et à un cas de crise convulsive tardive chez une jeune femme pour qui l'alerte a été vive.

Observation VII.

(M. Laurent).

E... Claude, 42 ans, vient nous consulter le 3 décembre 1920 pour des troubles que nous pouvons ainsi résumer : incoordination légère de la marche, douleurs fréquentes dans les membres inférieurs, abolition des réflexes rotuliens et achilléens, pas de troubles du côté des pupilles, pas de troubles sphinctériens, sauf une pollakiurie constante sans incontinence. Hypertension artérielle. Cœur gros avec pointe battant dans le 6^e espace. Urines normales sans sucre ni albumine.

En présence de cet ensemble symptomatique, malgré la séroréaction négative, on fait le diagnostic de tabes et l'on conseille un traitement par les injections intraveineuses de Novarsénobenzol Billon.

Une première série est faite entre le 8 décembre 1920 et le 12 janvier 1921, elle comprend six injections allant de 15 à 75 centigrammes. Le malade à la fin de cette série se trouve très amélioré, se sent plus fort, n'a plus de douleurs dans les membres inférieurs. Les réflexes sont, bien entendu, restés abolis.

Le 28 février, soit un mois et demi plus tard, on reprend le traitement.

Les trois premières injections de Novarsénobenzol Billon se passent normalement, mais à partir de la quatrième le malade se plaint de difficulté plus grande de la marche. C'est avec peine qu'il peut circuler dans la rue, il heurte les trottoirs et se trouve très maladroit.

Le 30 mars, il y a aggravation nette des symptômes, le malade est au lit, il est impotent et presque paraplégique. Nous interprétons ces troubles comme une aggravation des troubles tabétiques et faisons le 30 mars puis le 6 avril deux dernières injections de Novarsénobenzol de 75 et 90 centigrammes.

Le 10 avril la paraplégie est complète. Nous voyons le malade avec le D^r Gonnet, médecin des Hôpitaux de Saint-Etienne.

On constate une parésie très marquée des membres inférieurs avec impossibilité de se tenir debout et de détacher le pied du plan du lit. La flexion des genoux est limitée, les orteils ne peuvent se mouvoir.

Troubles de la sensibilité subjective très marqués, paroxismes nocturnes avec période d'acalmie complète. Sensation de fourmillement suivies de sensation de brûlure, de déchirement, mais jamais de caractère fulgurant.

Anesthésie à la pique des orteils à gauche et sur une zone occupant le dos du pied gauche et le tiers inférieur de la face antérieure de la jambe.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont abolis, le réflexe crémastérien conservé.

On constate en outre aux membres supérieurs gauche une

grande faiblesse de la main et une diminution de la force du biceps. Réflexes radial et oléocranien manquent à la percussion

Pas de troubles de la sensibilité.

Rien à signaler dans le domaine des nerfs craniens.

On fait une ponction lombaire, liquide clair, deux ou trois lymphocytes par mm. cube, Wassermann positif, hyperalbuminurie = 1 gram. Urée dans le sang = 0,30 centigr.

En résumé tabes incomplet dans sa symptomatologie. Traitement par le novarsénobenzol. Première série améliore le malade. La deuxième série détermine des phénomènes de polynévrite très marqués dans les membres inférieurs et dans le membre supérieur gauche.

Le traitement fut suspendu, un régime hypotoxique institué, on fit faire par le Dr Branche des applications de courant continu, et en deux mois tout rentra dans l'ordre. Aujourd'hui le malade est en excellent état.

Observation VIII.

X... Jeanne, 31 ans, est mise au traitement novarsénobenzolique malgré l'absence de signes précis, en raison d'une série de 4 fausses-couches survenues sans cause apparente.

L'état général est bon, les urines sont absolument normales. On note pourtant dans les antécédents des crises urticariennes très intenses ayant apparu à la suite des deux dernières fausses-couches.

La première injection est pratiquée le 22 avril 1925 ; elle consiste en trente centigrammes de rhodarsan.

Elle est suivie d'une légère réaction fébrile dans la nuit qui suit, mais le lendemain tout est rentré dans l'ordre.

La deuxième injection est faite huit jours plus tard, le 29 avril 1925. Elle est de quarante-cinq ctg de rhodarsan.

Le 30 avril, apparition d'une hyperthermie élevée (40°.)

Le 1^{er} mai, crise urticarienne très intense avec oedème segmentaire du bras ; sensation de crampes très pénibles et l'on

note quelques secousses musculaires au niveau des éminences thénar et des pieds.

A signaler encore des vomissements presque continuels.

Le 2 mai, la situation devient alarmante : la congestion est intense, la fièvre reste élevée (39,6), les urines sont plus rares, l'urticaire plus apparent. Il n'y a aucun signe de localisation cérébrale, pas de déviation conjuguée de la tête et des yeux, pas de signe de kernig et pas de paralysies oculaires.

Cet état persiste malgré l'administration d'adrénaline en injections sous-cutanées à la dose de trois milligrammes par jour.

Le même jour, à 16 heures, soit trois jours après l'injection apparaît une crise convulsive avec contractions cloniques généralisées et respiration stertoreuse. Le Dr Beutler pratique une saignée d'urgence.

Le 3 mai, la situation est nettement améliorée et M. le Professeur Nicolas qui voit la malade la considère comme sauvée.

Depuis cette époque la situation est redevenue normale, une très légère albuminurie a disparu et la malade a recouvré son état antérieur. Il n'y a pas de subictère.

Nous publions maintenant les deux accidents mortels que nous avons observés pendant six ans,

Observation IX.

S... Joseph, gardien de la paix, entre à l'hôpital porteur d'un chancre du méat avec adénopathie des aînes et accidents secondaires caractérisés par des syphilides papulo-érosives des bourses, des plaques muqueuses amygdaliennes. Le Wassermann est positif.

On ne signale rien de particulier dans les antécédents. L'examen des urines est négatif.

Le traitement est commencé le 29 octobre 1920 par une injection de quinze centigrammes de Novarsénobenzol Billon. Cette injection n'est suivie d'aucun accident.

Le 2 novembre on fait une deuxième injection intra-veineuse de trente centigrammes de Neo billon.

Le 4 novembre, le malade accuse quelques vagues symptômes de constriction rétro-sternale puis brusquement a quelques convulsions cloniques et meurt en quelques minutes.

Autopsie. — L'autopsie est pratiquée le 6 novembre, on ne trouve absolument rien au niveau des poumons et des plèvres. Les poumons sont simplement très congestionnés.

Le cœur ne montre aucune lésion d'endocardite et aucune lésion orificielle.

Tous les organes splanchniques sont congestionnés : le foie pèse 1.900 grammes, les reins 230 grammes et la rate 400 grammes.

L'encéphale n'est pas modifié. On note l'absence de congestion et de toute lésion hémorragique dans la région bulbo-protubérantielle.

L'examen histologique est pratiqué par M. le Dr Bouchut au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté de Lyon :

Foie : lésions de cirrhose intense et diffuse partant des espaces portes et diffusant dans les lobules où les travées hépatiques sont dissociées par des colonnettes de tissu conjonctif, ce qui est en faveur d'une cirrhose relativement lente dans son évolution. Pas de gommes syphilitiques. En outre surcharge adipeuse très marquée.

Cet état du foie peut expliquer la mort à la suite du 914.

Rate : hyperplasie modérée des éléments lymphoïdes.

Rein : l'épithélium urinaire est trouble, gonflé, amplissant la lumière sans noyaux visibles. Il peut s'agir là d'altérations toxiques. On ne voit en tous cas pas de signes d'inflammation

Aorte : normale.

Myocarde : le tissu conjonctif intermusculaire est œdémateux avec quelques rares éléments cellulaires. Fibres normales.

En résumé mort brusque après une injection intra-veineuse de 0,30 de Novarsénobenzol Billon chez un

malade porteur de lésions scléreuses du foie, cliniquement silencieuses.

Observation X.

C... Jean-Marie, 55 ans, entre à l'hôpital pour des lésions de la jambe droite consistant en une vaste ulcération à contours polycycliques ayant les dimensions de la paume de la main enserrant la région malléolaire. Lésion ulcéreuse siégeant en arrière de la commissure labiale droite.

Sujet très robuste, sans fièvre, ayant un cœur normal battant à 70, ayant des digestions faciles ; le foie n'est pas augmenté de volume, les réflexes rotuliens et pupillaires sont normaux. Rien à l'examen des urines.

Le diagnostic, malgré une réaction de Wassermann négative, est ainsi formulé : très bon état général, absence de lésions viscérales, syphilides tertiaires ulcéreuses de la jambe droite, lésion ulcéreuse rétrocommissurale droite.

Le traitement, commencé le 5 janvier 1924, consiste en une injection intraveineuse de rhodarsan de la série 310 de trente centigrammes ?

Le 11 janvier, nouvelle injection de 0,45 de rhodarsan.

Le 18 janvier, nouvelle injection de 0,60.

A cette date la cicatrisation est complète : le malade insiste à plusieurs reprises sur l'excellence de son état.

Il doit quitter le service très prochainement. Rien ne permet de soupçonner les accidents ultérieurs.

Le 25 janvier 1924, on pratique une quatrième injection de 0,75 ctg de rhodarsan. Il n'y a aucun accident immédiat ; le surlendemain soir le malade dine avec appétit, cause gaiement avec ses voisins et brusquement, 62 heures après l'injection il tombe de son lit comme une masse et meurt en quelques minutes.

Autopsie. — L'autopsie est pratiquée 36 heures après la mort. Nulle part on ne trouve de lésions susceptibles d'expli-

quer la mort brusque : on trouve des organes fortement congestionnés.

Le cœur est de coloration normale et ne présente aucune lésion valvulaire.

L'aorte en dehors de quelques plaques d'athérome est absolument saine.

Le cerveau et le bulbe ne présentent aucun foyer d'hémorragie ni même de suffusion sanguine.

L'examen histologique pratiqué par le Dr Devuns confirme simplement l'examen macroscopique.

Reins : l'un des fragments est normal sauf une assez grande dilatation vasculaire. L'autre également congestionné présente en plus une légère sclérose de quelques artérioles et de quelques glomérules.

Foie : dilatation bi-veineuse mais surtout sus-hépatique ; la plus grande partie du parenchyme est normale sauf une plage limitée de nécrose aigüe.

Aorte : adventice avec ses vaisseaux et ses nerfs est normale même en regard des plaques d'athérome. Tunique moyenne normale. Endartère épaissie, oedémateuse avec une ou deux plaques d'athérome, l'une immédiatement au contact de la tunique moyenne, l'autre immédiatement sous l'endothélium, mais non ulcérée.

La congestion hépatique et rénale semble avoir porté sur des organes presque normaux. Elle est certainement récente.

Ces deux cas mortels sont particulièrement angoissants ; l'un des deux malades était jeune, actif et vigoureux ; rien ne permettait de prévoir les lésions de sclérose hépatique dont il était porteur. Nous avons la conviction que dans une région où l'alcoolisme fleurit, presque tous nos malades ont le foie légèrement atteint, une dose de 0,15 ctg suivie d'une dose de 0,30 ctg a suffi à foudroyer cet individu en pleine santé. On ne saurait dans ce cas incriminer les fortes

doses. Le deuxième cas est aussi troublant, car le malade avait parfaitement toléré les quatre premières injections et la dernière a produit une mort brusque que rien ne permettait de prévoir.

Notre statistique ne comporte pas un nombre assez élevé de malades pour que nous puissions donner un chiffre concernant le risque couru par les médecins qui emploient les novarsenobenzènes. Nous pouvons simplement dire qu'un malade sur 1.400 est mort des suites du traitement, que dans un cas la dose employée était minime (0,30 ctg) et que la marque de fabrique était différente dans les deux cas.

Le mystère qui plane sur ces accidents mortels n'est pas encore éclairci ; nous disons seulement que l'examen clinique des malades doit être aussi complet que possible et que le moindre soupçon de lésion hépatique doit faire rejeter l'emploi des novarsenobenzènes.

Nous ajouterons en terminant, et l'observation récemment publiée par M. Bonnet de colite ulcéreuse mortelle survenue deux mois après la dernière injection de novarsenobenzol le démontre, qu'il est fort possible que d'autres malades soient morts des suites du traitement sans que cette mort ait été attribuée à sa véritable cause. Nous ne croyons pas que ces cas soient nombreux ou même existent à St-Etienne. Ce centre est assez groupé, la ville assez peu étendue pour que nous soyons au courant de ce qui se passe chez nos malades.

CONCLUSIONS

En résumé de nos observations et de la statistique qui les accompagne nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1° Pendant six années nous avons pu dépister 2.800 malades à qui nous avons fait 27.000 injections intra-veineuses de divers novarsénobenzènes.

2° Un grand nombre de ces malades ont échappé à un contrôle prolongé ; quelques-uns ont été définitivement guéris comme le prouvent les réinfections syphilitiques.

3° La plupart des malades suivis n'ont plus présenté de signes de syphilis en activité (silence clinique et sérologique).

4° Un certain nombre de malades même parfaitement soignés ont présenté de nouveaux accidents. Ces accidents ont pu être observés après un an de silence sérologique.

5° La plupart de nos malades ont reçu des doses progressivement croissantes de médicament allant de 0,15 à 0,90 et même 1,05, les doses maxima étant répétées plusieurs fois.

La répétition des séries d'injections est réglée par l'examen clinique et le contrôle sérologique.

6° Les incidents sont relativement fréquents et sont surtout observés avec certaines séries médicamenteuses.

Les accidents sérieux sont plus rares mais nous avons signalé un cas d'ictère grave avec polynévrite, un cas de pseudo-tabes et un cas de crise convulsive tardive.

Nous publions également deux accidents mortels dus incontestablement à l'action du médicament.

7° Malgré ces inconvénients la thérapeutique a fait diminuer la syphilis d'une façon incontestable. Elle a eu une action particulièrement brillante chez les femmes enceintes.

8° Le bilan général de six ans de lutte antisypilitique nous paraît, malgré les accidents enregistrés tout à fait en faveur des méthodes employées.

Le président de la thèse,
NICOLAS.

Vu : *Le Doyen,*
JEAN LÉPINE.

Vu et permies d'imprimer :

Lyon, le 8 juin 1923.
Le Recteur, président du Conseil de l'Université,
CAVALIER,

TABLE

AVANT-PROPOS	9
INTRODUCTION	11
Chapitre premier	13
Chapitre II	20
OBSERVATIONS	24
Chapitre III	33
CONCLUSIONS	44

LE PUY. — IMPRIMERIE PEYRILLER, ROUCHON ET GAMON.
